

FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1933-1934. — N° 117

**Six observations d'albuminurie
avec hypertension
au cours de la gestation**

THÈSE

Présentée

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 3 Mai 1934

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean METTON

Né le 3 Décembre 1906, à Lyon.



IMPRIMERIE DE TRÉVOUX

G. PATISSIER

—
1934

**Six observations d'albuminurie
avec hypertension
au cours de la gestation**

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1933-1934. — N° 117

**Six observations d'albuminurie
avec hypertension
au cours de la gestation**

THÈSE

Présentée

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 3 Mai 1934

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean METTON

Né le 3 Décembre 1906, à Lyon.



IMPRIMERIE DE TRÉVOUX

G. PATISSIER

—
1934

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire ...	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, ROLLET, DOYON

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	FIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	BONNET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	GAYET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale	COURMONT
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	MANCEAU
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	HERMANN
Pathologie et Thérapeutique générales	LERICHE
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie ..	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	ETIENNE MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	ROCHAIX
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie	MM. CONDAVIN
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chirurgie expérimentale	MM. TAVERNIER
Stomatologie	PONT

AGRÈGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
MAZEL	WERTHEIMER	EPARVIER	CREYSSSEL
DUMAS	GATE	GUILLEMINET	DE ROUGEMONT
DUFOUT	DECHAUME	MORENAS	PAUPERT-RAVAULT
DEVIC	BERNHEIM	REBATTU	PIGEAUD
GABRIELLE	POLLOSSON	REVOL	PONTHUS
MARTIN (Joseph)	CHAMBON	ENSELME	MALMEJAC
ROCHET (Ph.)	CIBERT	SEDALLIAN	

Examineurs de la Thèse :

M. VORON, *Président* ;

MM. EPARVIER, PIGEAUD et P. RAVAUULT, *Assesseurs*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON
PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

*En le remerciant du bienveillant
accueil que nous avons reçu dans
son service et du grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant de
présider notre thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PIGEAUD

*Qui nous a fourni le sujet de cette
thèse qu'il a ensuite entièrement
inspirée.*

*En nous rappelant avec quelle
cordialité il nous a toujours reçu,
nous le prions de trouver ici l'ex-
pression de notre profonde grati-
tude.*

A MES JUGES

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
ET DES HOPITAUX DE ST-ETIENNE

AVANT-PROPOS

Nous eûmes l'occasion, il y a quelque temps, grâce au Docteur Michelin de St-Etienne, de prendre connaissance de l'observation d'une femme qui, normale au début de sa grossesse et ne présentant pas d'albuminurie lors d'un premier examen, fit, vers la fin de sa gestation, des accidents graves, caractérisés par une albuminurie progressivement croissante accompagnée d'une forte hypertension, et aboutissant, un mois et demi avant terme, à des crises d'éclampsie caractérisée. Ces symptômes amenèrent le Docteur Michelin à décider une évacuation extemporanée de l'utérus et à pratiquer une césarienne. Un enfant pesant 1180 grammes fut extrait et, contrairement à tous les pronostics, s'est développé régulièrement par la suite, si bien qu'il est devenu progressivement normal. Par ailleurs, les accidents présentés par la mère rétrocédèrent très rapidement après l'évacuation utérine, de telle manière qu'en quittant la clinique cette malade ne présentait plus que des traces d'albumine et que son hypertension avait disparu.

L'intérêt remarquable de cette observation nous amena à penser qu'il pourrait être utile de rassembler et de comparer un certain nombre de cas analogues et c'est ainsi que nous avons demandé à notre maître M. le Professeur Voron de bien vouloir nous autoriser à rechercher dans son service des observations du même ordre et d'en faire le sujet de cette thèse inaugurale.

Depuis plusieurs années, la question des intoxications gravidiques a été tout spécialement étudiée à la Clinique Obstétricale par MM. Voron et Pigeaud. En dehors de leurs communications aux différentes Sociétés savantes et des articles originaux dont nous donnerons la liste dans notre bibliographie, ils ont inspiré les thèses de Moleyre (Lyon, 1931) et de Brochier (Lyon, 1931).

L'idée directrice qui a présidé à leurs recherches peut être ainsi conçue : Actuellement, il ne suffit plus, lorsque le symptôme albuminurie est observé chez une femme enceinte, de distinguer entre albuminurie liée à une pyélonéphrite, albuminurie rattachable à une néphrite chronique ancienne antérieure à la grossesse et enfin albuminurie réellement due à une intoxication gravidique actuelle. Dans ce dernier groupe, il faut aller plus loin et, abandonnant le terme classique d'albuminurie gravidique pour celui beaucoup plus large et beaucoup plus significatif de néphrite gravidique, chercher à caractériser et à classer celle-ci par l'analyse des divers symptômes associés à l'albumine.

Des albuminuries en rapport avec les infections colibacillaires du bassin, pyélites et pyélonéphrites, nous dirons simplement que le taux en est toujours extrê-

mement réduit, jamais supérieur à 10 ou 15 centigrammes ; albuminurie de présence. Si ce taux s'élève, on peut affirmer une participation du parenchyme rénal aux processus inflammatoires. Il y a alors néphrite surajoutée, mais dont l'origine est microbienne, ce qui doit la faire distinguer très nettement des néphrites non infectieuses que MM. Voron et Pigeaud ont tout particulièrement en vue.

Il faut ensuite distinguer, disions-nous, les néphrites chroniques antérieures à la gestation. Ceci s'avère dans la pratique extrêmement difficile. En effet, lorsque la malade est connue depuis longtemps et qu'on lui a trouvé, soit en dehors, soit au tout début de sa grossesse, des signes certains de lésions rénales, la conclusion s'impose. Mais le plus souvent, quand au 5^e ou 6^e mois d'une gestation on décèle de l'albumine dans les urines d'une femme que l'on ne connaissait pas auparavant, il devient délicat de distinguer entre néphrite gravidique transitoire et lésion rénale ancienne aggravée du fait de la gestation. Un interrogatoire minutieux et surtout l'examen cytologique des urines montrant souvent dans ce dernier cas la présence de cellules épithéliales et de cylindres peuvent être d'un grand secours, mais sans pouvoir parfois suffire à trancher la question.

Ces deux ordres de faits étant éliminés, il reste la catégorie des néphrites gravidiques ou, si l'on veut revenir à l'ancienne terminologie, des albuminuries gravidiques vraies.

Appliquant à la classification de ces néphrites les notions mises en évidence par Achard, Castaigne, Widal

et ses élèves, MM. Voron et Pigeaud ont essayé d'en distinguer plusieurs formes évolutives en séparant dans la mesure du possible :

- les formes albumineuses simples,
- les formes avec hydropisie,
- les formes hyperazotémiques,
- les formes hypertensives.

Cette discrimination est difficile en pathologie obstétricale. En effet, quand on parle de néphrites chroniques en général, on envisage habituellement des syndromes qui ont fait leurs preuves, qui évoluent depuis longtemps, qui sont polysymptomatiques et, par conséquent, faciles à classer. Mais si, au contraire, on parle de néphrites gravidiques, il ne s'agit pas là de néphrites réellement chroniques mais plutôt, pourrait-on dire, subaiguës ; et les symptômes associés à l'albumine sont plus frustes, moins immédiatement évidents, en sorte qu'une observation attentive et minutieuse s'impose pour arriver à classer les faits.

Par le terme de *néphrite gravidique albumineuse simple*, il faut entendre les cas où seule existe une albuminurie notable dont le taux peut varier au cours de la gestation, mais sans autres signes d'imperméabilité rénale.

Par *néphrite gravidique hydropigène*, on désigne les formes où, en plus de l'albuminurie, existent des œdèmes *importants et persistants*, alors que le taux de l'urée dans le sang et la tension artérielle sont peu ou pas modifiés.

Par le terme de *néphrite gravidique avec rétention azotée*, on doit entendre les cas où, à l'albuminurie, se surajoute une augmentation nette et persistante, pendant au moins quelques semaines, du taux de l'urée sanguine, alors qu'il n'existe ni œdèmes ni hypertension. Il s'agit là en réalité d'une catégorie absolument exceptionnelle et l'on est même en droit de se demander s'il existe bien des néphrites gravidiques de cette espèce et s'il ne s'agit pas là plutôt d'anciennes néphrites chroniques aggravées par la gestation.

Enfin, par *néphrite gravidique hypertensive*, il faut entendre les cas d'albuminurie associée à une hypertension manifeste et persistante, au moins pendant quelques semaines avant l'accouchement. Une élévation passagère de la tension consécutive à une complication comme par exemple une crise d'éclampsie, ou apparue à l'occasion du travail, doit être considérée comme sans signification. En somme, cette hypertension présente les caractéristiques suivantes :

elle apparaît au cours de la gestation et ne se complique ni d'œdèmes, ni d'hyperazotémie,

elle atteint un degré notable et nos observations la montrent, pour ce qui est de la tension maxima, toujours supérieure à 18,

elle se maintient pendant plusieurs semaines,

elle peut disparaître complètement après l'accouchement.

.....

C'est à cette dernière forme clinique des néphrites gravidiques, c'est-à-dire celles que caractérise une hypertension manifeste, que cette étude est consacrée.

Indépendamment de l'observation que nous devons à l'obligeance du Docteur Michelin, MM. Voron et Pigeaud ont bien voulu nous en confier 5 autres, dont 3 inédites, de telle manière que nous apportons aujourd'hui, comme contribution clinique, six observations aussi complètes que possible.

Nous commençons par exposer les faits, puis nous chercherons ensuite à en faire l'analyse.

Observations

OBSERVATION N° I

Mme M., 34 ans.

Pas d'albuminurie antérieure à la gestation.

Début des accidents au 7^e mois.

Eclampsie confirmée.

Césarienne segmentaire, dans l'intérêt exclusif de la mère.

Enfant vivant, du poids de 1.180 gr., se développant normalement 8 mois plus tard.

Amélioration rapide de l'état maternel ; persistance d'une albuminurie légère ; tension normale.

Cette malade, qui est soignée par le Dr Michelin de St-Etienne, est vue par lui, pour la première fois, le 26 septembre 1932. Il porte un diagnostic de grossesse probable, qu'il confirme le 29 octobre.

Les dernières règles de cette femme datent du 3-6 août 1932, c'est-à-dire qu'elle est à ce moment-là au 3^e mois de sa gestation. Elle ne présente pas de troubles

fonctionnels, elle n'a pas d'albumine, sa tension est à 130/85.

Le 4 mars 1933, elle revient à nouveau, envoyée par une sage-femme qui lui aurait trouvé de l'albumine 8 jours avant. Elle se trouve alors au 7^e mois de sa grossesse.

C'est une femme de 34 ans, dans le passé de laquelle on retrouve une scarlatine pendant l'enfance et une fièvre typhoïde à l'âge de 18 ans. Ces deux affections n'ont laissé aucune séquelle.

Au début de la présente année, on lui fait, le 9 avril, un curetage pour une fausse-couche de un mois et demi.

Elle a toujours été réglée normalement.

On doit retenir enfin que son mari est atteint d'une sclérose pulmonaire qui s'est trouvée sensiblement améliorée par un traitement spécifique et qu'elle a une sœur âgée de 18 ans, d'aspect infantile, et pas encore réglée malgré différents traitements.

Lorsque le Dr Michelin la voit le 4 mars, cette malade se plaint de migraines et de crampes dans les mains.

Elle n'a pas de douleurs épigastriques nettes.

Elle a 2 gr. 80 d'albumine dans les urines.

Sa tension artérielle est élevée, 200/115.

L'azotémie est de 0 gr. 38 0/00.

Il n'y a pas de signes de défaillance cardiaque. Un peu d'œdème des jambes.

L'examen obstétrical ne décèle rien d'anormal. H.U.=22. B.C. +. Siège probable. Cependant, la malade sent moins bien bouger.

On institue un régime sévère que la malade suit scru-

puleusement à domicile. Elle garde le lit et ne prend que de l'eau avec un peu de lait.

Le 10 mars, l'état est stationnaire. Albumine = 4 gr. 70. Tension = 190/115.

L'analyse des urines ne décèle ni pus, ni cylindres, ni hématies.

Les réactions de Wassermann et de Hecht sont négatives dans le sang.

Le 17 mars, la tension artérielle s'élève, 210/120, ainsi que l'albuminurie, 4 gr. 40.

Cependant, la malade qui suit parfaitement son régime semble maintenant aller admirablement et proteste contre la sévérité de son traitement.

Le 19 mars, dans la nuit, à 2 h. du matin, éclate cependant la première crise d'éclampsie.

La malade est transportée d'urgence dans une clinique. Elle fait une 2^e crise en cours de route et une 3^e à l'arrivée.

Le travail n'est pas déclanché. Les bruits du cœur foetal semblent bons.

Le Dr Michelin, à ce moment-là, hésite à faire un accouchement prématuré provoqué chez une primipare de 34 ans, dont les tissus sont très fermes, avec un col dur, non dilaté, présentant toute sa longueur.

Il pratique donc, à 4 h. 30 du matin, une césarienne basse classique.

Il extrait un véritable fœtus araignée, grisâtre, pesant 1.180 gr. et dont l'aspect est très défavorable.

Le placenta est anormalement adhérent, au point que les manœuvres de la délivrance réalisent une véritable inversion du fond utérin.

Une amélioration extrêmement rapide de l'état de la malade se manifeste après l'évacuation utérine. Cinq heures après l'intervention, la tension est tombée à 140/80.

Cette amélioration se maintient et les suites de couches se passent bien. Lever au 17^e jour.

L'albuminurie diminue progressivement :

3 gr. 35, le 22 mars ;

0 gr. 18, le 27 mars.

Traces indosables le 18 avril.

Cependant, le 5 mai, on trouve encore 0 gr. 65. La tension mesurée à la sortie de la clinique est normale = 130/80.

L'état général est bon.

Quant à l'enfant, malgré son état précaire, il a pris du poids rapidement. A son 9^e mois, il pèse 7.200 gr.

En raison des antécédents spécifiques divers que l'on a déjà signalés — fausse-couche chez la mère, sclérose pulmonaire discrète chez le père et infantilisme avec aménorrhée chez une collatérale — on a pratiqué, dès les premiers jours, des frictions d'onguent napolitain et ultérieurement des injections d'acétylarsan.

Cet enfant va donc actuellement très bien. Néanmoins, l'examen a révélé la présence d'une grosse rate. Il présente, en outre, des crises discrètes de spasmodie pour lesquelles on lui a fait des rayons ultra-violets.

OBSERVATION N° II

Mme C... née d'O..., 41 ans.

Albuminurie lors d'une gestation antérieure.

Début des accidents au 8^e mois.

Accidents graves : prééclampsie avec défaillance cardiaque (œdème aigu du poumon).

Accouchement prématuré provoqué (bougie de Krause).

Enfant vivant, sorti vivant du service.

Amélioration rapide de l'état maternel, après l'accouchement : tension normale, traces d'albumine, cœur normal.

Cette femme, qui entre à l'Infirmierie de la Maternité, le 12 février 1930, est une grande multipare. Elle a déjà eu six enfants, tous vivants actuellement.

Ces cinq premières grossesses ont été bien supportées, mais au cours de la dernière, il y a cinq ans, elle a présenté de l'albuminurie, et l'enfant, bien qu'il ait vécu, est venu au monde débile et a dû être élevé à la couveuse. Il est actuellement bien portant. Depuis cette époque, la malade n'a pas fait surveiller ses urines. Elle a d'ailleurs eu dans l'intervalle, en 1926, deux fausses-couches de 2 mois environ.

L'interrogatoire nous apprend encore que cette femme a eu une grippe assez sérieuse à 30 ans ; elle n'a jamais eu la scarlatine, et on ne retrouve dans son passé aucun signe de spécificité.

Elle a été réglée à 15 ans, normalement.

Il n'y a rien à retenir dans ses antécédents familiaux.

Cette malade a vu ses dernières règles le 25 mai 1929.

Elle doit accoucher dans un mois, le 5 mars 1930.

Jusqu'au début de janvier, c'est-à-dire jusqu'au début du 8^e mois, elle a bien supporté sa grossesse, mais, à cette époque, elle a eu des douleurs de reins, accompagnées d'éréthisme cardiaque et d'insomnie. Elle ignore si elle avait de l'albumine.

Depuis lors, elle s'est toujours plainte de céphalées, d'une grande asthénie et de troubles visuels, en particulier de baisse de la vue. Elle vomit fréquemment.

Elle consulte finalement dans un Dispensaire, d'où on l'envoie dans le service avec le diagnostic d'albuminurie gravidique.

A l'entrée, cette malade est en état de prééclampsie manifeste : elle est très pâle et se plaint de céphalées, de vertiges et de nausées, de troubles visuels et de douleurs lombaires.

Les urines sont rares = 400 cmc.

Albumine = 10 gr.

Sels et fragments biliaires = néant.

Urée = 12 gr. 5.

NaCl = 7 gr.

Maillard = 7,36.

Dans le sang, on trouve 0,47 d'urée et 1,60 de cholestérine.

La tension artérielle est de 190/120. Le cœur est légèrement augmenté de volume avec déviation de la pointe à gauche. On perçoit une souffle systolique fonctionnel de la pointe.

Le pouls est rapide, légèrement irrégulier.

Il existe un peu d'œdème malléolaire.

Les réactions de Wassermann et de Hecht sont négatives dans le sang.

L'examen pulmonaire est négatif.

L'examen du système nerveux ne révèle rien d'anormal au point de vue de la réflectivité, mais une ponction lombaire pratiquée le 15 février donne les résultats suivants :

Aspect eau de roche.

Tension au manomètre de Claude = 35.

Urée, 0 gr. 40 0/00.

On retire 15 cmc.

A l'examen ophtalmoscopique (D^r Paufigue), on observe un œdème papillaire bilatéral avec hémorragies en flammèches le long des vaisseaux et de grosses plaques de rétinite périmaculaire.

Au point de vue obstétrical, on constate que l'enfant est en transverse. Il n'y a pas d'ébauche de descente, bien que la malade doive accoucher dans quinze jours. H.U. = 28, B.C. +, mais l'enfant qui remuait hier encore ne bouge plus aujourd'hui.

Malgré le traitement, l'état général demeure mauvais et s'aggrave même du fait de la défaillance du cœur qui est hypertrophié et présente du galop et de la tachyarythmie. — Un examen pratiqué par le D^r Bernheim permet d'éliminer la possibilité d'une lésion aortique. On administre de la digitale et de l'ouabaïne intraveineuse.

Malgré cela, un accident d'œdème aigu du poumon éclate le 18 et ne rétrocede qu'à une saignée de 500 cmc. A cette date, on note :

Albumine = 2 gr. 50.

Diurèse = 1.800 cmc.

T. A. = 180/120.

Le 20 février, dans l'intérêt de l'enfant, qui paraît tout à fait compromis si l'on n'intervient pas, on décide de pratiquer un accouchement prématuré provoqué et l'on met en place une bougie de Krause.

Le 21 février, accouchement normal d'un enfant étonné, mais vivant, pesant 2.200 gr.

Le placenta pèse 340 gr. et ne présente aucune altération.

L'enfant se développe bien par la suite.

A cette date du 21 février, il est à noter qu'au début du travail, qui dure une heure et demie, la mère refait une petite crise d'œdème pulmonaire qui cède à une saignée de 500 cmc.

La tension artérielle est de 180/120. Il y a 1 gr. 50 d'albumine urinaire et 0 gr. 61 0/00 d'urée dans le sang.

On décide de mettre la malade pendant quelques jours au traitement digitalique associé à la théobromine.

Sous son influence, l'état général s'améliore progressivement, la tension et l'albuminurie diminuent et on constate une véritable débâcle urinaire d'environ 3 l. $\frac{1}{2}$ par jour.

Le 26 :

T. A. = 140/90.

Albumine = 0 gr. 60.

Azotémie = 0 gr. 31.

Les signes d'insuffisance cardiaque ont disparu. Certains jours, on ne trouve plus du tout d'albumine.

Le 12 mars, la malade quitte le service en excellent état.

A ce jour :

T. A. = 130/90.

Albumine = traces.

Azotémie = 0 gr. 30.

Diurèse = 2.500.

L'auscultation du cœur est négative.

L'enfant va bien et pèse 2.800 gr.

OBSERVATION N° III

Mme N... née B..., 35 ans.

Albuminurie transitoire, légère, plusieurs années avant la grossesse actuelle.

Début des accidents au 8^e mois.

Accidents graves d'éclampsie.

Accouchement prématuré non provoqué.

Fœtus mort in utero.

Persistance d'une albuminurie légère et d'une forte hypertension, un mois après l'accouchement.

Cette malade, à qui on a trouvé de l'albumine à la Consultation du service, est hospitalisée le 1^{er} août 1930.

C'est une primipare à la fin du 8^e mois. D. R. 28 novembre 1929.

Dans l'enfance, elle a eu la rougeole.

Vers l'âge de 18 ans, elle aurait été anémiée et aurait

eu des céphalées avec albuminurie, affection indéterminée qui disparaît sans laisser de traces.

Bonne santé habituelle depuis cette époque.

Elle n'a jamais eu la scarlatine, ni aucun signe ancien ou récent de spécificité.

Cette malade, vue à la consultation, le 20 juin, ne présentait alors pas d'albuminurie. Elle assure d'ailleurs que les troubles dont elle souffre se sont installés récemment.

Le 15 juillet en particulier, elle est prise brusquement de maux de têtes violents, sans autres troubles, et le 1^{er} août, elle entre à l'Infirmierie de la Maternité avec un gros disque cailleboté dans les urines.

A ce moment-là, son état général ne semble pas très altéré. Elle se sent pourtant faible et les examens vont révéler des symptômes graves.

On trouve dans les urines :

Albumine = 10 gr.

Sels et pigments biliaires = néant.

NaCl = 4 gr. 45.

Urée = 14 gr. 25.

Coefficient de Maillard = 6,77.

La tension est extrêmement élevée, 270/160. Il n'y a cependant pas de signes de défaillance cardiaque. La diurèse est d'environ un litre. Il n'y a pas d'œdèmes.

Azotémie = 0 gr. 40.

Indicanémie (D^r Thiers) = 0.

Bordet-Wassermann et Hecht sont négatifs.

Les autres examens somatiques sont négatifs.

Au point de vue obstétrical, on note : fœtus mobile, B.C. +.

Devant ce tableau, on met la malade à la diète hydrique et au chloral, et on pratique une saignée de 400 gr.

Néanmoins, son état s'aggrave et devient inquiétant. Elle a de violents maux de tête et elle vomit fréquemment ; son aspect général est peu favorable et elle semble un peu obnubilée.

La tension est de 220/135.

Albumine = 3 à 4 gr.

Azotémie = 0 gr. 35.

La diurèse est insuffisante et oscille entre 400 et 500 cmc. par 24 heures.

Le 12 août, l'auscultation attentive ne permet plus d'entendre les bruits du cœur fœtal.

Le 13 août, la malade accouche spontanément et extrêmement rapidement d'un enfant mort, non macéré. Le placenta présentait de nombreux et volumineux infarctus blancs.

Après l'accouchement, la malade ne se remet pas vite. L'albuminurie reste élevée à 2 ou 3 gr. par litre. La tension est encore à 220/130.

Petit à petit cependant, les symptômes s'amendent un peu. La diurèse remonte et atteint 1.000 cmc. le 21 août. L'azotémie est de 0 gr. 37.

La T. A. se maintient à 215/130 et l'albumine à 2 gr.

Le coefficient de Maillard est de 6,5.

Le B. W. et le Hecht refaits à nouveau sont absolument négatifs.

Le 22 août, la malade, sur sa demande, rentre chez elle où elle suit un régime sévère.

Le 29 août, à la consultation, il y a toujours de l'albumine. La T. A. a diminué, 180/115.

Le 28 septembre, après plusieurs semaines d'un régime strictement suivi, la malade est légèrement améliorée, son état général est assez bon. Les maux de tête ont disparu.

Cependant la T. A. est encore élevée, 185/100, et il persiste 0 gr. 75 d'albumine dans les urines.

OBSERVATION N° IV

Mme B... née C..., 37 ans.

Légère albuminurie transitoire, 2 ans avant la gestation.

Apparition des accidents au 7^e mois.

Accidents graves chez la mère : éclampsie et défaillance cardiaque.

Accouchement prématuré provoqué.

Persistance de l'hypertension et d'une albuminurie légère.

Enfant sorti vivant du service.

Entre dans le service le 14 septembre 1932, sur les conseils du Dr Brochier, pour albuminurie gravidique avec bruit de galop.

Il s'agit d'une primipare âgée dont les dernières règles remontent au 11 février 1932, et qui se trouve donc au début du 8^e mois de sa grossesse.

Accouchement probable, le 21 novembre 1932.

On relève, dans ses antécédents, une bronchopneu-

monie à l'âge de 7 ans et surtout une rougeole relativement récente — il y a de cela deux ans — au cours de laquelle la malade fit de l'albuminurie pendant une quinzaine de jours.

Rien à retenir par ailleurs.

Réglée à l'âge de 13 ans, régulièrement.

Mariée depuis onze mois.

Père et mère inconnus.

Enfin, il faut noter que cette première grossesse a été bien supportée jusqu'à ces derniers temps.

L'affection actuelle remonterait à 3 semaines environ, époque à laquelle cette malade aurait été prise, pendant la nuit, de vomissements avec palpitations et essoufflement. On lui découvre de l'albuminurie à cette occasion.

Les jours suivants, son état ne s'améliore guère ; elle consulte le Dr Brochier, qui l'envoie à l'Hôpital.

A l'entrée, on est en présence d'une femme pâle, dont l'état général est peu favorable.

La température est à 37°8, chiffre élevé attribuable vraisemblablement à la fatigue du transport car il s'abaisse pour se maintenir les jours suivants à 37°4.

L'examen des urines donne les indications suivantes :

Albumine = 3 gr. 10.

Urée = 8 gr. 50.

Chlorures = 3 gr. 04.

Pas de cylindres.

Diurèse = 1.100 cmc.

L'azotémie est de 0 gr. 31 0/00.

Le cœur est arythmique et bat à 85.

La pointe est dans le V^e espace.

L'auscultation révèle un bruit de galop très net.

La tension artérielle est élevée, 205/125.

On note un peu d'œdème des membres inférieurs.

Réaction de Bordet-Wassermann négative dans le sang.

A l'examen obstétrical, on diagnostique une présentation céphalique mobile avec dos à droite.

H.U. = 28. B.C. +.

Le poids de l'enfant est évalué entre 1.800 et 2.000 gr.

Le jour même de l'entrée, on pratique une saignée de 150 cmc. et on administre 3 gr. de chloral.

La malade est mise à un régime sévère et naturellement au repos complet — elle reçoit chaque jour 3 gr. de chloral.

Cependant, son état général ne s'améliore pas et, si la tension se maintient approximativement au chiffre d'ailleurs élevé du premier jour, l'albuminurie, elle, a tendance à s'accroître, comme le montrent les mesures suivantes :

16 septembre :

T. A. = 205/145.

Albuminurie = 5 gr.

Diurèse = 60 cmc.

18 septembre :

T. A. = 210/145.

Albuminurie = 2 gr. 50.

Diurèse = 1.600 cmc.

21 septembre :

T. A. = 200/135.

Albuminurie = 3 gr. 50.

Diurèse = 1.900 cmc.

Le 17 septembre, la malade refait une crise de dysp-

née avec palpitations et céphalées. On pratique une saignée de 600 cmc. et on institue pendant 5 jours un traitement digitalique à la dose quotidienne de X gouttes.

Le 22, l'albuminurie monte à 6 gr.

L'état reste grave, et le 24 septembre, le Dr Brochier note : « La malade reste très pâle, elle a vomi hier soir, souffre de la tête et de l'estomac, mais sans présenter actuellement de troubles de la vue.

T. A. = 21/12.

Albuminurie = 6 gr.

La malade semble donc présenter un tableau complet d'éclampsie.

De plus, le galop a fait place à un souffle d'insuffisance mitral fonctionnelle, témoignant d'une dilatation orificielle rapidement installée.

Les bruits du cœur fœtal sont perçus.

Devant la gravité de l'état maternel, on décide de provoquer l'accouchement ».

Le 24 septembre, à midi, on met donc en place, sans difficultés, une bougie de Krause.

Les premières douleurs apparaissent à 14 h.

A 16 h., la malade a une petite hémorragie — le col, dilaté à 3 cm., a toute sa longueur.

On retire la bougie et on perfore les membranes.

On donne du chloral par petites doses, mais la parturiente le vomit aussitôt.

Le 25, à 8 h. 30, on fait une injection de spasalgine qui calme un peu la malade dont les douleurs sont très rapprochées.

A 14 h. 30, elle fait des efforts expulsifs, mais la tête progressant mal, M. le Chef de Clinique fait, sous légère anesthésie à l'éther, une application de forceps basse

en occipito-pubienne qui termine rapidement l'accouchement par la naissance d'un enfant vivant.

Délivrance par refoulement avec hématome de 400 gr.

Placenta complet, sans lésions apparentes, pesant 420 gr.

La malade perdant légèrement, on pratique une injection d'ergotine ; l'utérus se contracte bien, l'écoulement cesse.

L'enfant, du sexe masculin, est vigoureux et pèse 1.790 gr. Il se développe normalement et quitte le service le 4 octobre.

Quant à la mère, son état s'améliore les jours suivants.

L'aspect général devient plus favorable.

L'albuminurie diminue notablement.

La diurèse augmente.

Néanmoins, la T. A. reste élevée, comme l'indiquent les chiffres suivants :

27 octobre	T.A. = 200/135	Alb. = 0 gr. 20
29 —	205/140	0 gr. 40
3 novembre	200/130	0 gr. 20
5 —	200/130	0 gr. 30

Le 10 octobre, l'albuminurie remonte passagèrement à 2 gr. 05 et, le 15 octobre, la malade quitte le service dans un état relativement satisfaisant, malgré 0 gr. 50 d'albumine urinaire et une tension de 215/120.

Elle passe d'ailleurs dans le service du D^r Dumas qui porte le diagnostic de néphrite chronique.

OBSERVATION N° V

Marie-Rose V..., 23 ans.

Pas d'albuminurie antérieure.

Début des accidents au 8^e mois.

Accidents graves : anurie et éclamptisme.

Accouchement gémellaire non provoqué.

Enfants vivants à la sortie du service.

Etat maternel satisfaisant, à la sortie du service — persistance d'une albuminurie légère et d'une tension un peu élevée.

Cette malade entre dans le service le 31 juillet 1931, sur les conseils du D^r Brochier, pour albuminurie gravidique.

C'est une primipare dont les dernières règles remontent au 16 novembre 1930 et qui doit accoucher dans un mois, vers le 26 août.

L'interrogatoire révèle qu'elle a eu, à l'âge de 11 ans, une coxalgie traitée par immobilisation plâtrée. A 19 ans $\frac{1}{2}$, on lui fait une ostéotomie sous-trochantérienne (D^r Vignard).

Vers la même époque, on l'interne pendant six mois à l'asile de Bron pour des crises de délire aigu.

Elle a eu la rougeole dans l'enfance, mais jamais la scarlatine.

Elle n'aurait jamais eu d'albuminurie.

Elle a été réglée à 12 ans $\frac{1}{2}$, régulièrement.

Il n'y a rien à retenir dans ses antécédents familiaux.

Il y a une huitaine de jours qu'on a constaté pour la première fois qu'elle avait de l'albumine dans les urines. Malgré le régime et le repos, il ne se fait guère d'amélioration. Aussi entre-t-elle à l'Hôpital.

On est en présence, à ce moment-là, d'une femme pâle, qui se plaint d'une lassitude générale et qui a des vomissements bilieux presque chaque matin. Elle n'a cependant pas de céphalées.

Température = 37°5. Quelques épistaxis.

Les urines sont très foncées, presque rouges, avec un dépôt important, d'aspect louche.

Elles contiennent 1 gr. 50 d'albumine par litre.

Il existe une forte oligurie = 250 cmc.

Le coefficient de Maillard est de 10,96.

Azotémie = 0 gr. 38.

La tension artérielle est de 180/110.

Rien à signaler à l'auscultation cardiaque. Le pouls est à 70.

Il y a un peu d'œdème des jambes.

La réaction de Wassermann est négative dans le sang.

A l'examen obstétrical, on constate une grossesse gémellaire, vérifiée à la radiographie. Un siège et un sommet. B.C. +.

Les jours suivants, l'état général reste stationnaire.

La diurèse, très faible, est d'environ un demi-litre

L'examen microscopique des urines décèle de très nombreux polynucléaires dans un dépôt purulent abondant, mais pas de colibacilles nets et pas de sang.

A la date du 5 août, malgré un régime sévère, l'état de la malade semble nettement s'aggraver.

Albumine = 5 gr.

T. A. = 185/130.

Diurèse = 550 cmc.

Elle se plaint de souffrir de la tête.

Devant ce tableau de pré-éclampsie, on pratique une saignée de 500 cmc.

Il n'y a toujours pas d'œdèmes et pas d'hyperazotémie.

Après une baisse très passagère, attribuable à la saignée, la tension continue à augmenter, et, le 11 août, elle est de 200/125.

Par contre, la diurèse s'élève pendant plusieurs jours à 1 litre $\frac{1}{2}$, entraînant corrélativement une perte de poids d'environ 2 kgs.

Les urines sont devenues claires et l'on n'y décèle plus de pus.

Néanmoins, la situation de la malade reste très sérieuse, bien qu'elle ne prenne que de l'eau, des fruits et du lactose.

Le 12 août, elle a une décharge albumineuse de 8 gr. et sa tension artérielle est de 200/130.

Elle urine seulement 600 cmc.

Elle est actuellement à 8 mois $\frac{1}{2}$ de sa grossesse.

Le 14 août, à 7 heures du soir, la malade entre en travail. Le lendemain, à 13 h., la dilatation est complète.

On intervient (Dr Bausillon), sous anesthésie générale à l'éther, extrêmement pénible.

On pratique aussi une grande extraction du siège pour le premier enfant et une version pour le second.

La délivrance se fait par refoulement.

Le placenta est unique, ovalaire, sans altérations et pèse 1.000 gr.

Il s'agit d'une grossesse gémellaire univitelline.

Les deux enfants sont en bon état et pèsent tous deux 2.100 gr. Ils se développent normalement.

Quant à la mère, une fois le choc obstétrical inévitable dissipé, une amélioration très nette de son état s'amorce dès le lendemain.

La tension s'abaisse à 165/100.

L'albuminurie est insignifiante à 0 gr. 15.

Les urines sont abondantes et claires : 4 litres.

Le 17 août, on ne trouve plus d'albumine et la tension semble fixée à 165/100.

L'état général est très satisfaisant, il n'y a plus aucun trouble fonctionnel.

Il n'y a pas la moindre élévation thermique.

La malade s'alimente légèrement avec des potages et des bouillons et ne reçoit aucun diurétique.

La diurèse est cependant toujours très élevée, environ 3 l. par jour, témoignant vraisemblablement de l'existence d'œdèmes interstitiels qui se résorbent.

Le 29 août, la malade quitte le service. La T. A. est de 160/90. Il lui reste encore 0,10 d'albumine urinaire. Néanmoins, elle va très bien.

OBSERVATION N° VI

Mme J... née D..., 24 ans.

Albuminurie transitoire au cours d'un accouchement antérieur.

Apparition des symptômes au cours du 7^e mois de la gestation.

Albuminurie persistant à un taux modéré et accompagnée d'une hypertension permanente.

Pas d'accidents graves chez la mère.

Accouchement prématuré spontané d'un enfant vivant qui meurt au 10^e jour.

Disparition de l'albuminurie mais persistance d'une tension un peu élevée.

Entre dans le service le 24 mars 1932 pour albuminurie gravidique.

Cette malade est une secondipare dont la première grossesse a été bien supportée ; elle eut cependant une albuminurie légère et transitoire au moment de l'accouchement.

Ses dernières règles remontent au 1^e août 1931, en sorte qu'elle se trouve actuellement à 7 mois 1/2 de sa grossesse. Celle-ci a été bien supportée jusqu'à maintenant et c'est à la consultation qu'on lui découvre pour la première fois de l'albuminurie.

On relève, dans ses antécédents, la rougeole et la

coqueluche dans l'enfance, et, à 8 ans, une angine avec abcès de l'amygdale. Pas de scarlatine.

Cette femme a été réglée à 16 ans, régulièrement.

Ses antécédents familiaux sont sans intérêt. Sa mère aurait eu deux enfants mort-nés. Elle a d'ailleurs 2 frères et 2 sœurs.

A l'entrée dans le service, on est en présence d'une femme dont l'état général ne semble pas très altéré. Elle se plaint cependant de céphalées et de bourdonnements d'oreilles fréquents.

L'analyse des urines, pratiquée immédiatement, donne les résultats suivants :

Albumine = 0 gr. 30.

Acétone = néant.

Chlorures = 3 gr.

Urée = 10 gr.

Sucre = néant.

L'azotémie est de 0 gr. 37 0/00.

La T. A. est de 160/110.

Le cœur est régulier et bat à 80. Les bruits sont un peu prolongés, sans souffles.

Il n'y a pas d'œdèmes.

La diurèse est sensiblement normale.

Il n'y a pas de température.

La réaction de Wassermann est négative dans le sang.

On met la malade au régime lacté et au repos complet au lit.

Malgré ce traitement, l'albuminurie se maintient et la tension s'élève même d'une unité.

Le 28 mars, on note : T. A. = 175/95. Album. = 0 gr. 25.

Le 2 avril, on retrouve sensiblement les mêmes chiffres : T. . = 175/115. Album. = 0 gr. 25.

L'état reste stationnaire pendant quelques jours encore, puis, brusquement, le 5 avril, sans qu'on ait modifié le traitement, l'albuminurie atteint 1 gr. et la tension monte à 180/135. Toujours pas d'œdèmes.

Pendant une semaine, ces chiffres vont se maintenir. L'albuminurie oscille entre 0 gr. 80 et 1 gr. pour être de 1 gr. 50 le 11 avril, avec une T. A. de 180/130.

Par ailleurs, l'état général de la malade n'est pas très brillant. Elle a maigri de plus de 2 kgs depuis son hospitalisation.

On envisage, pendant cette période, l'opportunité d'une interruption de la gestation, idée qu'on abandonne en raison du petit volume de l'enfant.

Au point de vue obstétrical, on est en présence d'une présentation du sommet mobile. B. C. +.

La grossesse est au 8^e mois.

Le 12 avril, prématurément, sans qu'on intervienne, la malade prend des douleurs.

Après 24 h. de travail, elle accouche normalement, le 13, à 10 h. du matin, d'un garçon vivant, pesant seulement 1.850 gr.

La délivrance se fait par refoulement. Le placenta paraît normal et pèse 350 gr.

Dès les premiers jours des suites de couches, l'albuminurie diminue considérablement. On l'évalue à 0 gr. 50 le 14 avril. On n'en retrouvera plus par la suite que des traces ou point.

Une diurèse fort élevée, oscillant entre 3 l. et 3 l. $\frac{1}{2}$, se maintient pendant une huitaine de jours.

On constate malheureusement, par contre, que la tension artérielle, non seulement ne diminue pas, mais au contraire s'élève progressivement.

Elle est de 180/145, le 15 avril ; de 210/145, le 18 ; de 215/145, le 21.

Ces chiffres élevés ne se maintiennent d'ailleurs pas longtemps. On trouve 205/142, le 23 ; 180/120, le 25 ; 175/120, le 26.

Aussi, lorsque la malade quitte le service, son état général est-il satisfaisant. Elle n'a plus d'albumine et sa T. A. est de 170/120.

Un Wassermann pratiqué avec le sang du cordon ombilical se montre négatif.

Quant à l'enfant, qui pesait 1.850 gr., sa croissance semble se faire normalement au cours de la première semaine.

Néanmoins, sa température n'arrive pas à dépasser 36°5. Au 9^e jour, la courbe de son poids s'infléchit en 3 jours à 1.650 gr. L'enfant meurt le 26 avril.

Analyse des faits observés

On a pu voir, à la lecture des six observations que nous rapportons sous le titre de néphrites gravidiques avec hypertension, qu'il s'agissait bien de cas cliniquement homogènes. Peut-être pourrait-on faire une restriction en ce qui concerne la disparition des signes cardiovasculaires après l'accouchement, un certain degré d'hypertension ayant persisté chez trois de ces malades à leur sortie du Service. Avant d'interpréter ces observations, nous jugeons utile de rappeler les éléments du syndrome :

absence de tout signe de néphrite chronique antérieure à la gestation et de tout signe d'infection des voies urinaires,

existence d'une albuminurie apparue au cours de la gestation,

existence d'une hypertension notable et persistante, au moins pendant plusieurs semaines.

absence d'œdèmes notables et d'hyperazotémie.

Notions étiologiques et pathogéniques

Toutes les femmes dont nous rapportons l'histoire ont été vues au cours de leur grossesse, soit par leur médecin, soit à la consultation du service, avant l'apparition des accidents qui ont abouti à leur hospitalisation, et c'est ainsi que l'on est en possession de ce document si important : l'absence d'albuminurie pendant les premiers mois de la gestation. On est donc en droit d'affirmer qu'il n'existait à ce moment aucun signe clinique de lésions rénales, tout en sachant bien que certaines néphrites chroniques, particulièrement chez les sujets jeunes, peuvent s'accompagner d'une albuminurie intermittente ou même, comme l'a montré Rathery, ne présenter aucune albuminurie. Mais il s'agit là de faits exceptionnels et, lorsqu'on veut faire un effort de classification, il paraît légitime de les écarter.

Cependant, si l'on remonte dans les antécédents de nos malades au-delà de leur grossesse actuelle, il faut bien reconnaître que quatre d'entre elles avaient déjà présenté, à des âges variables, de l'albumine dans leurs urines.

Obs. II : albuminurie lors d'une gestation antérieure 5 ans auparavant.

Obs. III : aurait eu une albuminurie transitoire à l'âge de 18 ans.

Obs. IV : albuminurie légère pendant une quinzaine de jours au cours et à la suite d'une rougeole.

Obs. VI : albuminurie légère et transitoire au moment d'un accouchement antérieur.

On peut donc se demander, bien qu'encore une fois on ne puisse pas parler en pareils cas de néphrite chronique vraie, si cependant ces malades n'ont pas eu autrefois une petite atteinte rénale, qui n'aurait pas laissé de traces et ne gênerait pas en temps normal les fonctions d'élimination de cet organe, mais qui ferait cependant qu'il n'est plus capable de remplir complètement son rôle lorsque, du fait de la gestation, il est soumis à un travail supplémentaire. La gestation aurait été en quelque sorte comme le réactif, non pas d'une lésion, mais d'une débilité rénale latente. C'est ainsi qu'on a pu dire que la grossesse était le plus subtil test de la fonction rénale que nous connaissions (Gibberd).

Nous avons également recherché avec le plus grand soin tous les signes possibles de syphilis congénitale. On sait que certains auteurs (Marc Rivièrè, Giraud, Cassoute) pensent que pas mal d'accidents, liés en apparence à une intoxication gravidique, sont en réalité sous la dépendance de lésions congénitales du foie ou du rein de nature spécifique. Pour Cassoute (de Marseille), la grossesse mettrait en évidence la débilité rénale latente des hérédosyphilitiques. En réalité, il ne semble pas qu'il en soit ainsi. C'est l'avis de M. Lémierre qui a écrit que les recherches les plus minu-

tieuses ne décèlent qu'exceptionnellement une spécificité congénitale du rein. En ce qui concerne nos observations, on est en droit d'éliminer catégoriquement cette étiologie, au moins dans 5 cas. Dans l'observation n° 1, on note cependant quelques signes suspects tirés de l'étude des antécédents collatéraux (infantilisme chez une sœur de la malade) et de l'examen de l'enfant (splénomégalie). Mais les réactions sérologiques, aussi bien que l'examen clinique, se sont toujours montrés négatifs, de telle manière qu'on peut assez difficilement mettre en cause le tréponème.

Notons encore une scarlatine et une typhoïde dans l'enfance d'une de nos malades et, chez une autre, une tuberculose ostéo-articulaire (coxalgie) soignée pendant de longues années.

En résumé, la seule notion étiologique assez nette qui se dégage, c'est la fréquence relative de légères albuminuries fugaces antérieures à la gestation actuelle. Rien, d'ailleurs, au début de la grossesse en cours et mise en évidence de l'albuminurie, dans tous les cas, après le sixième mois.

Etude des éléments essentiels du syndrome

Nous n'envisagerons pas ici les accidents présentés au titre de complications de la néphrite.

L'élément essentiel est évidemment la présence d'albumine dans les urines. Pour fixer les idées, nous donnons, dans un tableau d'ensemble, les chiffres extrê-

mes entre lesquels a varié le taux de l'albuminurie avant l'accouchement, ainsi que le chiffre du dernier dosage qui ait pu être pratiqué, le plus tard possible, après l'expulsion du fœtus.

	<i>Maximum</i>	<i>Minimum</i>	<i>dernier dosage</i>
Obs. 1	4 gr. 70	2 gr. 80	néant
2	10 gr.	2 gr. 50	traces
2	10 gr.	3 gr.	0 gr. 75
4	6 gr.	2 gr. 50	0 gr. 50
5	5 gr.	1 gr. 50	0 gr. 10
6	1 gr. 50	0 gr. 25	néant

On voit donc que, dans la plupart des cas, il s'est agi d'une albuminurie importante, atteignant plusieurs grammes par litre.

Pour ce qui est de la T. A., nous n'avons retenu que les hypertensions manifestes, avec maxima supérieur à 18, ce qui est là, on le reconnaîtra, un chiffre déjà élevé. Nous avons également éliminé les poussées hypertensives transitoires liées, soit au travail, soit à une crise d'éclampsie. L'hypertension de l'accouchement depuis longtemps notée par Vaquez est sans signification pathologique. C'est d'ailleurs cette discrimination sévère qui fait que nous n'avons pas pu réunir plus de six observations.

Ceci étant dit, nous donnons, dans un tableau comparatif et pour chaque malade, le chiffre de la plus forte hypertension qui ait été enregistrée avant l'accouchement, puis celui de la tension mesurée dans les

premières 24 heures après l'expulsion fœtale et enfin le chiffre de la dernière mesure pratiquée à la sortie du service ou même plus tardivement encore.

T. A.	Pendant la gest.	Imméd. ap. l'acc.	A la sortie du serv.
Obs. 1	210/120	140/80	130/80
2	190/120	180/120	130/90
3	270/160	220/130	210/130
4	215/120	200/135	215/120
5	200/130	165/100	160/90
6	185/135	180/145	170/120

Disons tout d'abord que l'hypertension n'a jamais été constatée avant le 7^e mois. Dans la plupart des cas d'ailleurs, nous ignorons quelle était la valeur de la T. A. avant l'apparition des accidents. Dans la première observation, nous savons cependant que la tension était normale au début de la grossesse 130/85. Nous regrettons aussi de ne pas pouvoir donner le chiffre de la pression moyenne (VAQUEZ), recherche qui n'a malheureusement été faite dans aucun cas.

On peut maintenant remarquer en examinant le tableau précédent, l'élévation particulièrement prononcée de la tension minima, chez la malade N° 2 qui a présenté de l'insuffisance ventriculaire gauche, chez la malade N° 5 qui a présenté de l'anurie et chez la malade N° 6 qui n'a fait aucun accident grave mais avait, par ailleurs, une tension maxima relativement peu élevée et une albuminurie assez légère.

On voit aussi que, le plus souvent, il s'est produit

après la délivrance une baisse notable et rapide de la tension. Ceci est extrêmement frappant chez notre première malade dont la maxima est tombée en quelques heures de 7 unités, pour se maintenir à son nouveau chiffre et même s'abaisser encore dans la suite, malgré la disparition du choc opératoire. Une femme pourtant (obs. 6) a eu une poussée hypertensive d'ailleurs transitoire après l'accouchement.

Finalement, les tensions de toutes ces malades étaient moins élevées au départ de l'hôpital ou de la clinique qu'au cours de la gestation. Deux femmes cependant gardaient encore de l'hypertension manifeste (210/130 et 215/120) — deux autres conservaient une tension un peu forte (160/90 et 170/120) — les deux dernières enfin avaient retrouvé une tension parfaitement normale.

Accidents du côté maternel

Ces six malades ont été observées pendant plusieurs semaines et elles ont presque toutes présenté, malgré le traitement le plus sévère, des accidents graves.

C'est ainsi qu'en premier lieu il faut noter, 5 fois sur 6, l'apparition d'un syndrome prééclamptique avec sa symptomatologie classique : céphalées violentes, troubles digestifs, barre épigastrique... etc. La plupart du temps, le traitement (saignée, chloral, etc...) a permis

d'enrayer l'évolution du syndrome. Une fois cependant, les convulsions éclamptiques sont apparues, et de gravité telle qu'une évacuation extemporanée de l'utérus a été jugée indispensable. En résumé, il faut retenir que, 5 fois sur 6, on s'est trouvé en présence d'intoxication gravidique majeure.

En ce qui concerne l'appareil circulatoire, dans deux cas, l'hypertension a déterminé des signes d'insuffisance cardiaque du type insuffisance ventriculaire gauche ; obs. 2 : galop, tachyarythmie, œdème aigu du poumon — obs. 4 : galop, dyspnée, insuffisance mitrale fonctionnelle, arythmie.

Une fois, on observe une véritable anurie.

Enfin, une malade présente des signes de rétinite albuminurique, ainsi décrits par le Dr Paufigue : œdème papillaire bilatéral avec hémorragies en flammèches le long des vaisseaux et grosses plaques de rétinite périmaculaire.

Il ressort donc de ce trop petit nombre d'observations, mais avec une grande netteté, que les néphrites gravidiques avec hypertension s'accompagnent le plus souvent d'accidents graves du côté maternel. Nous pouvons déjà opposer cette conclusion à ce que l'on observe dans les formes chlorurémiques des mêmes néphrites qui, outre qu'elles ne s'accompagnent jamais de complications cardiovasculaires, semblent moins prédisposer aux accidents relevant de l'éclampsie. Par contre, les troubles sensoriels y seraient plus fréquents (Thèse de Brochier).

Accidents du côté de l'œuf et du fœtus

Avenir de l'enfant

En opposition avec ce que nous venons de voir, nos observations montrent que les accidents du côté de l'œuf et du fœtus sont rares au cours du syndrome que nous décrivons. C'est ainsi que nous n'avons observé aucun cas de décollement du placenta normalement inséré ou d'apoplexie utéro-placentaire. Les placentas étaient en général normaux, sauf dans l'obs. III (fœtus mort in utero) où l'on a constaté de nombreux infarctus blancs. Dans l'obs. I, on note aussi une adhérence anormale qui gêne les manœuvres de la délivrance au cours de la césarienne. Une seule fois l'enfant est mort in utero.

5 fois par conséquent, l'accouchement s'est terminé par la naissance d'enfants vivants, et comme, dans un cas, il s'agissait d'une grossesse gémellaire, 5 femmes ont donc donné naissance à 6 enfants vivants.

Un de ces enfants est mort au 10^e jour, alors que pendant toute la première semaine sa courbe de poids avait été satisfaisante. Cinq enfants sont donc sortis vivants du Service, allant aussi bien que possible à ce moment. Voici d'ailleurs les poids respectifs de tous ces enfants, à la naissance et à la sortie de l'hôpital ou plus tard encore.

	<i>Naissance</i>	<i>Poids ultérieur</i>
Obs. 1	1.180 gr.	7.200 gr. au 9 ^e mois
Obs. 2	2.200 gr.	2.800 gr. au 19 ^e jour
Obs. 3	Mort in utero	
Obs. 4	1.790 gr.	1.710 gr. au 8 ^e jour
Obs. 5 Jumeaux	2.100 gr.	2.260 gr. au 12 ^e jour
	2.100 gr.	2.260 gr. au 12 ^e jour
Obs. 6	1.850 gr.	Mort au 10 ^e jour (1.650 gr.)

On remarquera les poids extrêmement réduits de tous ces enfants à la naissance, même de ceux qui sont nés presque à terme. Cependant, un seul est mort dans le Service. Tous les autres, partis d'un poids très faible qui est en moyenne de 1870 gr., se sont développés normalement par la suite ainsi que le montre l'examen des courbes des poids des premières semaines. Il semble donc bien que le pronostic fœtal ne soit pas particulièrement sévère et il semble bien aussi, vu l'heureux développement d'enfants très petits, que l'interruption prématurée de la gestation, si fréquemment indiquée en raison des accidents maternels, ne soit pas défavorable à l'enfant. Cependant, nous n'avons pas eu l'impression que la prolongation de la gestation eût été un danger considérable pour l'enfant, comme cela a été constaté dans les formes chlorurémiques des néphrites gravidiques (Thèse de Brochier).

Il nous reste maintenant à envisager quelle influence a eu le syndrome sur la durée de la gestation. Dans trois cas, il est impossible de le savoir car, devant la

gravité des accidents maternels, on a dû interrompre la grossesse, deux fois en déclenchant le travail à l'aide d'une bougie de Krause, une fois en pratiquant une *hystérotomie*. Dans les trois cas d'ailleurs, la femme avait dépassé le 7^e mois. En ce qui concerne les 3 autres malades, le travail s'est déclenché spontanément à des époques variables.

Obs. 1 Césarienne segmentaire à 7 mois 1/2

Obs. 2 Accouchement provoqué 15 jours avant terme

Obs. 3 Accouch. spont. 15 j. avant terme (fœtus mort)

Obs. 4 Accouchement provoqué à 7 mois 1/2

Obs. 5 Accouc. spont. 10 jours avant terme (jumeaux)

Obs. 6 Accouchement spontané au 8^e mois

On voit donc que, dans tous les cas, la grossesse s'est terminée prématurément.

Etat des malades à la sortie du service

La question se pose maintenant de savoir quelle est l'influence des néphrites gravidiques avec hypertension sur la santé générale des femmes, après leur accouchement et dans leur avenir éloigné. Question particulièrement importante, tant au point de vue doctrinal qu'au point de vue pratique.

Au point de vue doctrinal, on se demandera si une néphrite gravidique peut être à l'origine d'une néphrite chronique. Peut-elle, comme le disent Widal, Lemierre

et Pasteur-Vallery-Radot dans leur ouvrage « Les affections du rein », « passer à l'état chronique et évoluer comme une néphrite banale conduisant à la mort parfois au bout d'un grand nombre d'années, soit par hypertension artérielle et insuffisance cardiaque, soit par azotémie ». C'est l'opinion de très nombreux auteurs. On a même cité des chiffres et prétendu que 10 à 15 % des néphrites gravidiques authentiques évoluaient vers la chronicité (Thèse de Couedic, Bordeaux, 1932). Nous allons voir que pour nous il est difficile de tirer une conclusion. D'autre part, l'apparition ultérieure d'une néphrite chronique pose un problème pathogénique. En effet, ne traduirait-elle pas l'existence d'une déficience rénale préexistant à la gestation, mais demeurée latente et impossible à mettre en évidence au début de celle-ci ?

Au point de vue pratique, on se demandera s'il y a lieu de maintenir les femmes sous surveillance médicale étroite après leur accouchement, et si une nouvelle grossesse peut être autorisée. L'Anglais Gibberd qui se montre extrêmement pessimiste au point de vue de l'apparition d'une néphrite chronique, va jusqu'à parler d'interruption artificielle de la grossesse, dans le seul but d'éviter cette grave complication tardive.

Si l'on veut juger de tout cela d'après les observations que nous rapportons, on constatera malheureusement qu'il est difficile de tirer des conclusions bien nettes. L'expérience montre en effet qu'en dépit des conseils qui leur sont donnés, le plus grand nombre des malades ne revient jamais se faire examiner par la suite. Peut-être est-ce pour cela que certains auteurs

ont admis que les néphrites gravidiques évoluaient généralement bien. Chez trois de nos malades cependant, nous possédons des renseignements suffisamment tardifs pour nous faire une idée de l'évolution du syndrome.

La malade de l'observation I a été suivie pendant plusieurs mois après son accouchement : son état général s'est maintenu bon, l'albuminurie a disparu et la tension est redevenue tout à fait normale. La guérison a donc été dans ce cas complète et définitive.

La malade de l'observation III a été vue, pour la dernière fois, un mois et demi après son accouchement. Elle gardait alors une albuminurie de 0 gr. 75 et une tension de 185/100 avec un état général relativement satisfaisant, noté comme « assez bon ». Elle continuait d'ailleurs à suivre un régime sévère. Cas qui reste par conséquent suspect.

En ce qui concerne l'obs. IV, le diagnostic de néphrite chronique ultérieure a été ici nettement posé par le D^r Dumas, dans le service duquel la malade est passée quelques jours après son accouchement.

Pour ce qui est des malades des observations II, V et VI, il est difficile d'apprécier avec certitude ce que deviendra leur état, en raison du peu de temps qui s'est écoulé entre leur accouchement et les derniers examens pratiqués. Notons cependant qu'elles ont toutes quitté le service en bonne santé : une seule gardait encore 0 gr. 10 d'albumine dans les urines, et une autre avait encore une tension un peu élevée (170/120).

Nous croyons donc, étant donné l'insuffisance de notre documentation actuelle, qu'il serait prématuré de

porter dès maintenant un jugement d'ensemble sur l'avenir éloigné des femmes dont nous avons rapporté l'histoire. De même que nous nous sommes astreints à éliminer tous les cas dont les antécédents nous paraissent suspects au point de vue lésions rénales antérieures à la gestation, de même nous voulons éviter toute appréciation incertaine sur l'évolution tardive de ces six néphrites proprement gravidiques. Nous espérons d'ailleurs revoir ces malades et pouvoir réunir, à ce moment-là, les documents qui nous manquent.

Néanmoins, au point de vue pratique, il paraît indispensable de maintenir en surveillance médicale les femmes qui ont présenté une néphrite gravidique. D'abord, les symptômes, même s'ils guérissent tardivement, peuvent persister un certain temps après l'accouchement. Ensuite, le risque redoutable de la néphrite chronique semble bien démontré par la malade de l'observation IV. Enfin, si l'on se rappelle que la plupart de nos malades semblaient avoir une débilité du rein latente avant la gestation, on pensera que celui-ci devra continuer à être surveillé par la suite. Cependant, nous ne croyons pas que l'on doive systématiquement déconseiller la grossesse à ces femmes, car il nous est impossible d'affirmer si les symptômes néphritiques, dont la pathogénie exacte nous échappe, réapparaîtront certainement au cours d'une gestation ultérieure.

CONCLUSIONS

I. — Nous rapportons six observations de femmes ayant présenté, au cours de leur gestation, un syndrome de néphrite gravidique avec hypertension.

II. — Ce syndrome est caractérisé par :

l'absence de tout signe de néphrite chronique au début de la grossesse,

l'apparition, vers le 6^e ou le 7^e mois de la gestation, d'une albuminurie notable et d'une hypertension artérielle importante et persistant jusqu'à l'accouchement,

l'absence d'œdèmes notables,

l'absence de toute hyperazotémie.

III. — Au point de vue étiologique et bien que ces malades n'aient présenté aucun signe de néphrite au début de leur gestation, nous notons, 4 fois sur 6, l'existence dans les antécédents d'une albuminurie transitoire. Ceci conduit à se demander s'il n'existe pas, chez de telles malades, une déficience rénale latente,

se manifestant seulement au cours de la deuxième moitié de la gestation.

IV. — 5 fois sur 6, on constate des accidents très graves du type prééclamptique. Une fois même, on a observé des convulsions éclamptiques avant tout début de travail. Deux malades ont présenté des signes d'insuffisance cardiaque, et, une autre, une rétinite gravidique.

Une seule fois sur 6 par conséquent, nous n'avons observé aucun accident grave, chez une femme du reste hospitalisée et surveillée étroitement.

Il semble donc que les néphrites gravidiques avec hypertension comportent pour la mère un pronostic extrêmement réservé.

V. — Dans 3 cas, devant la gravité des accidents maternels et dans l'intérêt exclusif de celle-ci, on a été conduit à interrompre la gestation deux fois par la mise en place d'une bougie de Krause, une fois en pratiquant une hystérotomie.

Dans les 3 autres observations, on note que l'accouchement s'est déclenché spontanément avant terme.

VI. — Un enfant est mort in utero avant le début du travail. Les 5 autres sont nés vivants et, malgré leur très faible poids (1870 gr. en moyenne), se sont développés normalement, sauf l'un d'entre eux qui est mort au 10^e jour.

On est donc en droit de dire que, malgré la gravité des accidents maternels, le pronostic fœtal n'est pas très

défavorable, à condition naturellement que ces prématurés débiles reçoivent, dans un milieu approprié, les soins que nécessite leur état.

VII. — Deux malades présentaient encore, à la sortie du service, une albuminurie notable et une tension élevée et, pour l'une d'elles, le diagnostic de néphrite chronique a été posé. Une autre paraissait complètement guérie plusieurs mois après son accouchement. Mais nos documents ne sont ni assez nombreux, ni assez précis pour que nous soyons en mesure de porter un jugement d'ensemble sur l'évolution tardive des néphrites gravidiques avec hypertension.

Vu :

Le Doyen,

J. LÉPINE.

Le Président de la Thèse,

VORON.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 16 avril 1934.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

- ARBAULT. — Quelques données nouvelles sur le fonctionnement du foie chez la femme enceinte normale. *Th. Lyon*, 1929.
- BROCHIER. — Six observations d'albuminurie accompagnée de rétention chlorurée au cours de la grossesse. *Th. Lyon*, 1931.
- BAISCH. — Ueber das Schicksal der Frauen die während der Schwangerschaft Herz- oder Nierenerkrankungen gehabt haben. *Centralblatt für Gynækologie*, 1913.
- CASSOUTE. — La débilité rénale, signe de probabilité d'hérédo-syphilis. *Presse Médicale*, 10 août 1929.
- DESIACQUES. — Etude du fonctionnement rénal chez les femmes enceintes. *Th. Paris*, 1920.
- FRUHIMHOLZ. — Albuminurie gravidique et syphilis. *Ann. de Gynécologie et d'Obstétrique*, mai 1927.
- GIBBERD. — Consideration of results of albuminuria occurring during pregnancy, with special reference to relationship between pregnancy kidney and chronic nephritis. *Proc. Roy. Soc. Med.*, T. 21, Part 1, mars 1926, p. 830.

- GIRARD. — Albuminuries fonctionnelles. Influence de la grossesse sur certaines albuminuries. *Presse Médicale*, 6 oct. 1926.
- GIRAUD. — Les albuminuries de la grossesse dans leurs rapports avec la syphilis. *Th. Bordeaux*, 1927.
- JEANNIN. — Pronostic des albuminuries au cours de la gestation. *Leçons du jeudi soir de la Clinique Tarnier*, 1929.
- LABBÉ (Marcel). — Acidose au cours de la gestation. *Leçons du jeudi soir de la Clinique Tarnier*, 4^e année, p. 153.
- LE LORIER et MEYER. — Eclampsie à forme convulsive ; échec du traitement médical et de la césarienne vaginale ; succès de la ponction lombaire. *Bull. de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, février 1933, p. 145.
- LEMIERRE. — *Leçons de la Clinique Baudelocque*, 1923-1924.
- MOLEYRE. — Dix observations d'albuminurie avec hypertension au cours de la grossesse. *Th. Lyon*, 1931.
- MATHIEU. — Néphrites chroniques et gestation. *Th. Paris*, 1924.
- PIGEAUD. — Apparition d'un syndrome prééclamptique chez une brightique plusieurs jours après la mort du fœtus in utero. *Lyon Médical*, 17 février 1929.
- PIGEAUD. — Un cas de néphrite chronique d'origine gravidique. *Lyon Médical*, 1929, 2, p. 397.
- PIGEAUD et THIERS. — Contribution à l'étude pathogénique de l'éclampsie. *Comptes-rendus de la Soc. de Biologie*, tome XCVIII, p. 1348.

RIVIÈRE (Marc). — Quelle part convient-il d'attribuer à la syphilis dans l'étiologie des albuminuries dites gravidiques ? *Gynécologie et Obstétrique*, février 1929, p. 100.

RIVIÈRE (Marc). — Assistons-nous à la faillite des maladies dites gravidiques ? *Journal de Méd. de Bordeaux*, 10 mai 1929.

TIEMSIT. — Etude du coefficient de Maillard chez les femmes présentant un syndrome d'albuminurie grave au cours de la gestation. *Th. Lyon*, 1931.

VAQUEZ. — De la tension artérielle pendant la grossesse et les suites de couches. *Bull. de la Soc. d'Obstétrique*, 5 février 1906.

VAQUEZ. — Eclampsie puerpérale et tension artérielle. *Semaine Médicale*, 13 mars 1907.

VIGNES. — Le rein pendant la gestation. *Revue intern. de Méd. et de Chir.*, juin 1922, p. 63.

VORON et PIGEAUD. — Deux observations de néphrite hypertensive diagnostiquée au cours de la grossesse. *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Lyon*, 1930, p. 491.

VORON et PIGEAUD. — Albuminurie grave associée à un syndrome hydropigène. *Gynécologie et Obstétrique*, avril 1933, p. 289.

WALLICH. — De l'hypertension gravidique. *Ann. de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1912.

WIDAL, LEMIERRE, PASTEUR-VALLERY-RADOT. — *Les affections du rein*, 1929.

Table des Matières

Avant-Propos	9
Observations	15
Analyse des faits observés	39
Conclusions	53
Bibliographie	57

IMPRIMERIE DE TRÉVOUX
